

Мы должны договориться о системе мониторинга алкоголизма и наркомании в России

В. Ф. МЕЛЬНИКОВ

Главный психиатр, нарколог Центрального федерального округа,
главный врач Ярославской областной наркологической больницы

Наиболее острыми проблемами здоровья нашего населения являются, конечно, низкий уровень рождаемости и высокий уровень общей смертности, особенно среди мужчин трудоспособного возраста. В результате несчастных случаев, всех травм, насильственной смерти 40% работников погибли в состоянии той или иной формы опьянения. Вследствие этих процессов число россиян за последнее десятилетие уменьшилось на 9 млн, эти данные уже были названы. В настоящее время по показателям рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни для мужчин Россия занимает 134-е место, а для женщин — 100-е место. Но мы должны здесь, наверное, сказать и о другом.

Случаи смертности от отравлений в мире встречаются довольно редко, Россия практически занимает первое место — у нас ежегодно от алкоголя, от опоя, по старой терминологии, умирает 35—36 тыс. чел. в год; в США — 300—400 случаев; в Польше — 1500. Я назову данные по Центральному федеральному округу: 11 тыс. чел. погибло только от опоя в 2004 г. У нас некоторые авторы приводят такие данные, что возникает путаница в терминологии. Я имею в виду смертность от наркотиков, показатели которой здесь уже указывались — порядка 70 тыс. чел. в год. Когда я сюда поехал, за неделю до того опросил всех главных наркологов ЦФО. От передозировок умерло 350 чел. Пришло время, когда мы должны говорить и о том, что данные официальной статистики Минздрава, как правило, в 10—15 раз отличаются от тех, которые фигурируют в других исследованиях.

Поэтому одна из главных проблем, которую я хочу здесь изложить, и, наверное, она должна попасть в наши документы, это то, что мы должны договориться о системе мониторинга в России. Если у нас не будет точного инструмента измерения всех процессов, то мы все время будем говорить много, мало и не будем располагать активной картиной. И очень хорошо, что в новой Федеральной целевой программе до 2009 г. этому уделяется огромное внимание. Наверное всем нам, специалистам, кто занимается этой проблемой, нужно договориться все-таки, каковы критерии оценки эффективности профилактики, оценки смертности и т.д.

В 2006 г. в новой целевой программе поставлена задача, чтобы по всей территории России были мощные химико-токсикологические лаборатории, которые позволили бы нам осуществлять мониторинг. У нас в ЦФО уже работают 10 лабораторий, 3 — на стадии открытия и с 2006 г. — Брянск, Иваново, Курск — тоже будут открыты.

Теперь относительно подсчета потерь. В России практически не было работ о социальных и экономических

потерях общества от наркотиков. Вот только что вышла монография "Социальная стоимость наркомании в Уральском федеральном округе". В 2004 г. Уральский федеральный округ — только один округ — потерял 80 млн руб. от социальных потерь, связанных с наркоманиями.

И еще одно очень интересное наблюдение: в ЦФО распространение наркомании — 142 случая на 100 тыс. населения. В других округах это примерно 400—300, т.е. в ЦФО — меньше всего. Но зато в ЦФО больше всего больных алкоголизмом и алкогольными психозами. Эти показатели, как и болезни зависимости вообще, очень тесно взаимосвязаны. И мы немного увлеклись, говоря только о наркотиках и уделяя мало внимания проблемам других зависимостей, в первую очередь, самой большой для России проблеме — проблеме алкоголизма. Пока нами не решены проблемы потребления алкогольных напитков, нам будет сложно заниматься проблемами профилактики наркомании.

Несколько слов о реабилитации. Вы знаете, здесь, наверное, нужно сказать, что все мы очень много недорабатываем. По России 50 регионов; в ЦФО 25 реабилитационных центров в системе здравоохранения — всего 230 коек, плюс реабилитационные центры в Православной Церкви — еще несколько примкнувших коек, — наверное, это очень мало. Вообще с реабилитационными центрами надо еще очень и очень много работать. Хорошо, что в Федеральной программе уделяется внимание этому вопросу. Но в ней один из основных критериев эффективности всей нашей работы — это количество реабилитируемых, а эффективность — не менее 3 лет. Поэтому нам нужно и с нашей Православной Церковью договориться об обмене информацией, статистикой. У меня есть конкретное предложение. Я считаю, что в каждом регионе, или пока хотя бы в округе, а потом уже и в каждом регионе должен быть смежный реабилитационный центр, где совместно работали бы здравоохранение и Православная Церковь. Тогда мы могли бы объединить наши программы и работа этих центров была бы намного эффективнее. Я, чтобы не возвращаться, хотел бы обсудить еще один вопрос о нашей совместной работе в области реабилитации. Вы знаете, какую главную проблему отмечают все наркологи? У нас очень мало смежных специалистов, нет психиатров-наркологов, хорошо владеющих духовными началами. И очень мало, к сожалению, священников, которые готовы были бы по-настоящему работать в реабилитационных центрах. Наша задача, мне думается, — подготовить таких специалистов, чтобы они могли работать вместе; это, безусловно, повысит эффективность наших реабилитационных программ.

Еще месяц назад, а может быть, два мы тоже обсуждали это на совещании. Никто из специалистов не мог четко ответить, что же делать. Сейчас, наверное, так уже сказать нельзя, потому что, как вы знаете, 561-м Постановлением правительства принята Федеральная целевая программа до 2009 г. И если кто-нибудь внимательно смотрел эту программу, то видел четкие задачи, цели, конкретно ожидаемые в 2009 г. результаты.

Ну, и несколько слов о конкретных мероприятиях, которые мы проводим у себя в Ярославской области. У нас четко работает межведомственная комиссия. Наша программа на 3 года принята законом и оценивается почти в 90 млн руб. У нас очень крупный, серьезный областной фонд "Ярославцы против наркотиков", где есть такие секции, как "Студенты против наркотиков". Я согласен, что не хватает объединения всех усилий. Прекрасно работает информационная система "Набат", когда люди могут позвонить по анонимному телефону. Она в Ярославской области себя полностью оправдала и может быть рекомендована для распространения по всей территории России. У нас очень неплохой информационный блок "Запретная тема", ежемесячно выпускается 50 тыс. экземпляров газеты, которая бесплатно распространяется на территории нашей области. Идут регулярные передачи, кассеты мы также бесплатно распространяем через фонд. Финансирование идет из областной целевой программы. Нами накоплен достаточный опыт. Мы уже сейчас предлагаем нашу "Запретную тему" в качестве информационного обеспечения всего Центрального федерального округа. И, заканчивая свое выступление, я должен сказать, что есть проблемы, которые можно решать на уровне территорий, и есть такая проблема, о которой здесь уже говорили, как совершенствование законодательства. Мне бы хотелось несколько проблем обозначить, и если они попадут в резолюцию нашей конференции, это будет очень и очень хорошо.

Большинство наркологов считает, что надо активизировать работу межведомственной комиссии как на федеральном уровне, так и на уровне регионов. Они немножечко у нас поослабли, и, наверное, здесь есть над чем поработать. Я полностью согласен с теми, кто говорил о неправильной алкогольной политике. Требуются дополнительные меры по введению жесточайшей государственной монополии на алкогольную продукцию. Если эти данные — 13—14 л — будут расти дальше, плюс до 100 л пива, я вам скажу как специалист, народная печень этого

просто не выдержит. Она и так уже работает на пределе. Нам надо добиваться сокращения душевого потребления крепких алкогольных напитков.

Мы много говорим о реабилитации и очень много делаем на энтузиазме. Кстати, нашим головным институтом разработан прекрасный критерий реабилитации. Реабилитационный процесс — это дорогая штука, и поэтому я считаю, что в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи должны быть включены программы по реабилитации больных наркоманией. С одной стороны, мы декларируем по закону бесплатную помощь наркоманам, а с другой стороны, при цене койко-дня 300—400 руб. серьезно говорить о какой-то высокопрофессиональной помощи больному наркоманией не приходится. Поэтому очень важно, чтобы понятие *реабилитация* попало в программу государственных гарантий и было обеспечено бюджетом. Наверное, необходимо также создавать различные научно-практические объединения, потому что наш головной институт один, а Россия большая. И для внедрения научных достижений в практику — эпидемиологию, клинику и так далее — нужно иметь в округах по крайней мере по одному научному объединению, которое практически занималось бы комплексными программами — и лечением, и реабилитацией, и, самое главное, профилактикой.

Очень серьезный вопрос так называемого принудительного лечения, или вопрос наркосудов. Я бы сказал, что надо уходить от слов *принудительное лечение*, они себя дискредитировали. Речь идет об обязательном лечении для определенных категорий пациентов в системе здравоохранения, но по решению суда и под соответствующим контролем. Остаются вопросы о включении в программу государственной гарантии, потому что у человека, который поступает на лечение по решению суда, скорее всего, нет денег.

Но что у нас получается? Вот проблема обязательного лечения и закона о профилактике наркомании — ведь 4 или 5 лет уже в Думе. Ну сколько можно его туда-сюда гонять, сколько раз можно его возвращать в регионы? Мы всегда запаздываем, и у меня просьба к нашим депутатам: давайте быстрее принимать этот закон о профилактике наркомании, где есть раздел по обязательному лечению. Потом чуть-чуть что-то исправим, если что не так. Без этого закона задыхается специализированная наркологическая служба.